2e Série.
N° 553.

DU

BEC-DE-LIÈVRE

ET

DES DIVERS MOYENS DE REMÉDIER A LA DIFFORMITÉ DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE MARDI 15 JANVIER 1861, A TROIS HEURES,

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

FRANÇOIS-MARTIN FRICOT

Né à Bayel (Aube)

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

STRASBOURG

IMPRIMERIE D'AD. CHRISTOPHE, GRAND'RUE, 136.

1861.

A MES PARENTS.

Amour filial.

A M. L'ABBÉ PERRIN,

Chanoine honoraire, Curé de Mussy-sur-Seine (Aube)

MON ONCLE ET MON BIENFAITEUR.

Reconnaissance.

A MES AMIS.

F. M. FRICOT.

A M. LE PROFESSEUR SÉDILLOT

Inspecteur du service de santé de l'armée de terre, Professeur à la Faculté de médecine, Officier de la Légion-d'Honneur, Membre correspondant de l'Institut, Membre de la Société des Curieux de la nature, etc., etc.

Hommage respectueux.

F. M. FRICOT.

Faculté de Médecine de Strasbourg.

PROFESSEURS.

MM. Ehrmann, ✻ Doyen. Anatomie et anatomie pathologique.
Fée O ✻. . . Botanique et histoire naturelle médicale.
Stoltz ✻ . . Accouchements et clinique d'accouchements.
Forget ✻ . . Pathologie et clinique médicales.
Cailliot ✻ . . Chimie médicale et toxicologie.
Rameaux . . . Physique médicale et hygiène.
G. Tourdes ✻ . Médecine légale et clinique des maladies des enfants
Sédillot O ✻ . } Pathologie et clinique chirurgicales.
Rigaud ✻. . }
Schützenberger ✻ Pathologie et clinique médicales.
Stoeber ✻ . . Pathologie et thérapeutique générales et clinique ophthalmologique.
Küss . . . . Physiologie. } Clinique des maladies syphilitiques.
Michel . . . Médecine opératoire. }
L. Coze . . . Thérapeutique spéciale, matière médicale et pharmacie (clinique des maladies chroniques).

M. R. Coze O ✻, doyen honoraire.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. Aronssohn ✻.	MM. Kirschleger.	MM. Koeberlé.
Bach.	Wieger.	Morel.
Stroehl.	Dagonet.	Hecht.
Hirtz.	Herrgott.	Boeckel (E.).
Held.		

AGRÉGÉS STAGIAIRES :

MM. Spielmann, Aubenas, Engel, P. Schützenberger.

M. Dubois, secrétaire agent-comptable.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. Sédillot président;
Schutzenberger ;
Boeckel ;
Hecht.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

DU BEC-DE-LIÈVRE

ET

DES DIVERS MOYENS DE REMÉDIER A LA DIFFORMITÉ DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE.

Ici l'art corrige et embellit la nature :
Tant de fois il la défigure.
DESAULT (*OEuv. chirurg.*).

INTRODUCTION.

En choisissant le bec-de-lièvre pour sujet de notre dissertation inaugurale, nous avons eu l'intention de mettre au jour deux nouveaux procédés opératoires qui ont pris naissance dans cette Faculté.

Nous voulions d'abord faire une histoire complète du bec-de-lièvre, mais pressé par les circonstances, nous nous sommes vu dans la nécessité de renoncer à parler du traitement des complications et de limiter notre sujet, en lui donnant pour titre : *Du bec-de-lièvre et des divers moyens de remédier à la difformité de la lèvre supérieure.*

Puissent nos juges, prenant en considération le peu de temps que nous avons eu à consacrer à ce travail, nous pardonner ses imperfections.

Avant d'entrer en matière, nous devons remercier M. le professeur

Sédillot des conseils qu'il a bien voulu nous donner ; M. le professeur agrégé Boeckel de l'extrême obligeance avec laquelle il nous a communiqué son procédé opératoire et l'observation qui s'y rapporte ; mon collègue et ami le docteur Bucquoy, du concours bienveillant qu'il a apporté à ce travail, en nous dessinant la planche qui permet de saisir facilement et la théorie et les avantages des deux nouveaux procédés que nous exposerons.

Définition et Variétés.

On entend par bec-de-lièvre *(labium leporinum)* une division verticale et permanente de l'une ou l'autre lèvre. Ce vice de conformation est congénital ou acquis.

Le bec-de-lièvre acquis ou accidentel est une division permanente, résultant d'une plaie, dont les bords, n'ayant pas été mis en contact immédiat, se sont cicatricés isolément (Roux).

Nous ne voulons nous occuper dans ce travail que du bec-de-lièvre congénital.

Le bec-de-lièvre congénital s'observe presque exclusivement à la lèvre supérieure. Il existe cependant quatre exemples de bifidité de la lèvre inférieure. Deux sont authentiques : celui observé par Nicati sur un enfant de cinq ans et cité dans sa thèse *(De labii leporini congeniti natura et origine*, 1822) ; et celui que M. Bouisson dit avoir observé sur un des fœtus du Musée de Strasbourg *(Annales de Chirurgie)*, mais que nous n'avons pu retrouver.

D'après M. Bouisson, la fente comprenait toute l'épaisseur du bord labial, mais ne s'étendait pas sur les faces latérales de la lèvre, qui du reste avait peu de hauteur.

On doute de la réalité des deux autres exemples de bifidité de la lèvre inférieure : 1° de celui rapporté par Seidliger *(Éphémérides des curieux de la nature)* et cité par Meckel ; 2° de celui indiqué par M. Couronné *(Annales cliniques de la Société de médecine pratique de Montpellier)*.

La bifidité des lèvres la plus fréquente est, comme nous l'avons déjà dit, celle de la lèvre supérieure, et c'est à elle seule que l'on doit donner le nom de bec-de-lièvre.

Elle est unique ou double, jamais triple, contrairement à l'opinion de M. Laroche qui, par une fausse interprétation de Lafaye, avait admis cette variété.

Le bec-de-lièvre unique est le plus commun et est ordinairement placé sur la partie latérale de la lèvre au-dessous de l'une des narines, avec laquelle il semble se continuer. Il existe plus souvent à gauche qu'à droite : «Des centaines de faits, dit Roux, m'ont mis à même de «noter cette singularité. Je l'ai signalée depuis longtemps. On peut en «donner une raison assez plausible : n'est-elle pas une conséquence «de cette loi de l'organisme, d'après laquelle les forces de la vie sont «inégalement départies entre les deux grandes moitiés de notre corps «et cela dès que la puissance formatrice entre en activité?» (Roux, *Quarante années de pratique chirurgicale)*.

La lèvre supérieure peut cependant être divisée exactement sur la ligne médiane. Deux faits cités par Nicati et Blandin et une pièce anatomique que nous avons pu examiner au Musée de Strasbourg, démontrent que MM. Isidore Geoffroy St.-Hilaire et Cruveilhier ont été trop absolus, quand ils ont dit que le bec-de-lièvre était toujours latéralement situé. Nous ne saurions, non plus, tomber dans l'excès opposé et dire avec Osiander, que le bec-de-lièvre médian est la règle, et le latéral l'exception.

Quand le bec-de-lièvre est double, les divisions labiales semblent encore se continuer avec les narines, au-dessous desquelles elles sont situées, mais de plus, elles circonscrivent un petit lambeau médian (lobule, tubercule médian), qui correspond à la sous-cloison. Telles sont les variétés du bec-de-lièvre simple, unique ou double.

Il peut se compliquer et offrir avec la division labiale :

1° Une déviation en avant des dents correspondant à la fente.

2° La saillie des os intermaxillaires.

3° La prolongation de la fente sur la joue (scissure congénitale de la joue, de M. Laborde).

4° La bifidité du lobule et des ailes du nez.

5° La séparation totale ou partielle de la voûte palatine.

6° Cette séparation, plus celle du voile palatin.

7° La simple division de ce voile.

8° Enfin l'absence complète de la voûte palatine et du vomer, variété qui constitue la monstruosité appelée *gueule de loup*.

Dupuytren mentionne une complication encore plus grave : c'est le prolongement de la fente des os et du voile du palais jusqu'à la colonne vertébrale inclusivement.

Mode de formation du bec-de-lièvre.

Bien des théories ont été émises : bon nombre d'auteurs ont cherché à donner une explication satisfaisante ; mais nous devons le dire, c'est seulement depuis que l'embryogénie est mieux connue, depuis surtout les remarquables travaux de M. Coste, que des explications rationelles ont été données.

Nous rappellerons brièvement les diverses théories qui avaient cours avant les travaux de ce savant embryologiste, afin de pouvoir nous étendre davantage sur son opinion qui résulte de l'examen des faits incontestables.

Blumenbach ayant établi que les organes, avant d'arriver à leur entier développement, passent par une série de formes diverses, les anatomistes modernes posèrent ce principe que si une de ces formes organiques est arrêtée pendant sa formation et avant son développement, le fœtus naîtra avec un organe incomplet.

Partant de ce principe, pour expliquer la formation du bec-de-lièvre, Blumenbach lui-même, et avec lui Meckel, Béclard, Roux admettaient que primitivement trois parties formaient la lèvre supérieure et deux seulement la lèvre inférieure. Des trois points primitifs de la lèvre supérieure, l'un était placé sur la partie moyenne, les deux autres latéralement. Si le point médian ne s'unissait que d'un côté, il en résultait un bec-de-lièvre unilatéral ; s'il ne s'unissait pas du tout, on avait un bec-de-lièvre double.

Mais avec cette théorie, comment expliquer le bec-de-lièvre médian de la lèvre supérieure ?

Cette difficulté fit admettre à Blandin, qui s'appuyait d'ailleurs sur la théorie de M. Serres, une doctrine différente, doctrine rapportée injustement à Meckel, par le docteur Samson.

D'après Blandin, la lèvre supérieure serait constituée primitivement par quatre points : deux médians et deux latéraux. Les deux points médians se réuniraient de très-bonne heure, ce qui, selon lui, aurait fait croire aux autres anatomistes que la lèvre supérieure n'était primitivement constituée que par trois points. Blandin, on le conçoit facilement, expliquait toutes les variétés de bec-de-lièvre. Nous verrons dans la suite que, bien qu'on lui ait reproché d'avoir subordonné sa théorie aux faits qu'il avait à expliquer, il se rapprochait beaucoup plus que les autres de la réalité.

M. le professeur Velpeau rejette toutes ces théories. Pour lui, les lèvres ne se forment pas par plusieurs points. Elles sont entières dès qu'elles commencent à paraître. Aussi ce chirurgien rattache-t-il le bec-de-lièvre non pas à un arrêt de développement, mais à une maladie de l'embryon inconnue dans son essence et son évolution. C'est un moyen commode, mais peu satisfaisant d'expliquer la lésion qui nous occupe.

M. Cruveilhier affirme avoir toujours trouvé sur des embryons de quinze à vingt jours, les lèvres toutes formées et sans division aucune.

Nous allons répondre à ces assertions par la théorie de M. Coste, qui s'appuie sur un grand nombre de faits qui ont été vérifiés par d'autres embryologistes de notre époque.

N'ayant pu nous procurer l'*Histoire générale et particulière du développement des corps organisés*, du célèbre professeur du Collége de France, nous empruntons à l'*Anatomie médico-chirurgicale* de M. Richet le passage où cet auteur reproduit textuellement les travaux de M. Coste.

D'après M. Coste, la bouche et ses dépendances se produisent aux dépens du premier arc viscéral et des cellules cérébrales antérieures et moyennes.

A vingt jours, de la cellule cérébrale antérieure, c'est-à-dire du front, descend sur la ligne médiane un bourgeon dit frontal, tandis que des cellules cérébrales moyennes, c'est-à-dire des parties latérales, partent deux bourgons latéraux. Tous les trois tendent à converger vers la ligne médiane, laissant entre eux un interval (orifice buccal), qui devient comme quadrilatère par le développement rapide de deux bourgeons inférieurs qui constitueront la mâchoire et la lèvre inférieure.

Plus tard, à trente jours, le bourgeon frontal subit une métamorphose : il s'élargit, sa partie inférieure se fissure sur la ligne médiane et forme deux appendices latéraux appelés bourgeons incisifs. Ces bourgeons doivent devenir la partie centrale de la lèvre supérieure et le noyau où se développeront les os incisifs.

A quarante jours, le travail de formationa fait de rapides progrès, et il ne reste plus sur la ligne médiane qu'une légère fissure, trace de la division primitive : les bourgeons latéraux convergent vers la ligne médiane et tendent à venir se souder aux bourgeons incisifs, de manière à compléter par leur réunion la lèvre et la mâchoire supérieure, en sorte que l'orifice buccal est à peu près complétement fermé.

Plus profondément on voit se détacher des parties latérales des maxillaires supérieurs, deux appendices qui vont à la rencontre l'un de l'autre : ce sont les deux côtés de la voûte palatine qui doit, lorsqu'elle sera complétée par la soudure de deux lamelles horizontales sur la ligne médiane, fermer les fosses nasales inférieurement. C'est sur elle que viendra tomber perpendiculairement une cloison médiane que l'on remarque à la partie postérieure des bourgeons incisifs et qui formera plus tard la cloison des fosses nasales.

Pendant toute cette évolution, le développement du squelette et des parties molles marche d'un pas égal. Chaque bourgeon renferme en lui-même les divers éléments, os, muscles, téguments, qui doivent concourir à la formation des divers organes, en sorte que, quand deux bourgeons se rencontrent et se fusionnent, les parties similaires qui les

constituent et qui restent jusqu'à un certain point indépendantes l'une de l'autre, peuvent ou non se réunir, sans que la non-fusion d'une d'entre elles entraîne nécessairement et inévitablement la non-réunion de toutes les autres.

Cette dernière considération est importante, en ce qu'elle démontre que les parties molles ne sont pas subordonnées au développement et à la fusion des os; que ces derniers ne sont pas assujettis à la formation des parties molles, contrairement à ce que l'on croyait depuis la découverte de l'os incisif par Goethe. Ainsi s'expliquaient les fissures isolées de la voûte palatine et du voile du palais, de la luette et de la lèvre supérieure dont aucune des théories proposées jusqu'ici ne pouvait rendre compte d'une manière satisfaisante (Richet, *Anatomie méd. chirurg.)*

Tel est, d'après M. Coste, le mode d'après lequel se développent les lèvres, les arcades alvéolaires, la voûte palatine, etc., etc.

Appliquons avec M. Richet ces données à l'interprétation des difformités qu'on observe chez les nouveau-nés : bec-de-lièvre simple, unique ou double, médian ou latéral, supérieur ou inférieur.

Si la bifidité de la lèvre inférieure est si rare, c'est que dès le vingtième jour le premier arc viscéral, aux dépens duquel est constituée la lèvre inférieure, est tout formé, et qu'il est d'observation que les arrêts de développement frappent particulièrement les organes dont la formation est tardive.

C'est par la même raison que le bec-de-lièvre médian supérieur est si peu fréquent : puisqu'à quarante jours les bourgeons incisifs qui ne s'étaient formés que vers le trentième jour, sont déjà réunis.

Quant au bec-de-lièvre latéral simple ou double, compliqué ou non, qui ne voit dans ces difformités la permanence d'un des états transitoires de l'organisme précédemment étudiés ?

On peut donc dire avec M. Richard (*Archives générales de médecine)* : «Chacune de ces difformités est pour ainsi dire superposable à «un des états transitoires de l'embryon.»

Causes de cet arrêt de développement.

Nous venons de démontrer que le bec-de-lièvre est dû à un arrêt de développement d'un des organes transitoires, qui président aux diverses transformations de l'embryon. Ce ne sera donc plus pour nous comme pour Osiander, une rupture verticale de cette membrane tendue au-devant de la mâchoire, membrane qui aurait dû se rompre seulement horizontalement pour former la bouche; ni non plus comme pour Jourdain, une déchirure que le fœtus se serait faite avec son poing.

Mais quelles sont les causes de cet arrêt de développement?

Est-ce l'imagination de la mère qui aura été impressionnée par la vue d'un lièvre ou d'un lapin?

Le vulgaire le pense et quelques chirurgiens, entre autres Roux, n'osant avouer franchement qu'ils partagent cette croyance, se demandent, si des secousses morales, des impressions vives, éprouvées par la mère, ne peuvent faire naître chez le fœtus des conformations bizarres et insolites.

Roux dit «qu'il doit exister quelque lien caché, sympathique, de la mère à l'enfant; que le fœtus doit être dans une dépendance de la mère, aux dépens de laquelle il vit, autrement que par le sang.»

Avec l'hypothèse de Roux, nous ne sommes pas plus éclairés sur la cause première du vice qui nous occupe. L'arrêt de développement est-il dû à un vice du germe, à une maladie de l'embryon, à une influence qui s'exerce sur la mère et retentit sur son fruit? Nous ne saurions répondre à ces questions.

Dirons-nous avec Vrolick et Nicati que le développement exagéré de la langue refoule en haut les os intermaxillaires et les empêche de se réunir ainsi que les parties constituantes de la lèvre? Évidemment non, car comment expliquerons-nous ensuite la simple bifidité de la lèvre alors que le rebord alvéolaire et les os intermaxillaires sont parfaitement constitués.

Pouvons-nous donc, dans certains cas, invoquer une disposition héréditaire? M. Geoffroy St.-Hilaire rejette complétement cette cause d'arrêt de développement. Il dit «que les enfants affectés du bec-de-«lièvre naissent le plus souvent de parents bien conformés; que la «fissure labiale est une des anomalies qui se transmet le moins par «hérédité.»

Mais d'un autre côté M. Demarquay (*Gazette médicale*, 1845) cite deux faits concluants en faveur de la transmission du bec-de-lièvre par voie de génération.

M. Béclère (thèse de Paris: *De l'hérédité*, 1845) dit que Roux a opéré un enfant affecté du bec-de-lièvre double et ne présentant que trois doigts, dont le père n'avait que trois doigts et avait été opéré autrefois par M. Roux d'un bec-de-lièvre double.

Les auteurs du *Compendium de chirurgie* disent que l'un d'eux a opéré un enfant dont le père avait été opéré de même dans son jeune âge, et que plusieurs fois ils ont rencontré des sujets dans la famille desquels on avait déjà observé plusieurs cas de difformité semblable. En présence de ces faits, nous ne saurions admettre les idées de M. Geoffroy St.-Hilaire, et, du reste, nous ne voyons pas pourquoi l'hérédité, qui joue un si grand rôle dans la transmission de certains vices de conformation, n'aurait aucune influence dans la transmission de celui qui nous occupe.

Après cet aperçu sur l'étiologie du bec-de-lièvre, nous allons étudier les caractères de la division labiale.

CARACTÈRES DU BEC-DE-LIÈVRE SIMPLE.

La lèvre supérieure est divisée dans toute sa hauteur ou seulement dans une partie de cette hauteur. Quand la fissure occupe toute la hauteur de la lèvre, elle se confond en haut avec la narine correspondante, mais souvent un petit prolongement de peau formant une espèce de pont, s'étend du milieu de la base du nez à l'aile corres-

pondante. L'espace qui sépare les bords de la division est plus considérable à la partie inférieure qu'à la partie supérieure, qui le plus souvent se termine en pointe.

Les bords de la solution de continuité se distinguent en interne et externe : l'interne est vertical, tandis que l'externe est oblique en bas et en dehors, les muscles diducteurs n'ayant plus d'antagonistes.

Les bords de ces lèvres sont arrondis, lisses et recouverts d'une membrane rosée analogue à la muqueuse qui tapisse le bord libre des lèvres.

La fissure augmente en étendue, par le rire, les cris, la lèvre externe étant tirée en dehors par la contraction des muscles. L'aile du nez correspondante est tirée en dehors et en haut, ce qui fait que la narine est aplatie.

CARACTÈRES DU BEC-DE-LIÈVRE DOUBLE.

Quand la fissure est double, le nez est considérablement aplati, les deux ailes du nez étant tirées en dehors, Les divisions labiales offrent les mêmes caractères que précédemment. Quelquefois cependant, comme nous l'a fait remarquer M. le professeur Sédillot, elles ne correspondent plus aux ouvertures des narines, surtout quand le bec-de-lièvre se complique de division de la voûte palatine, mais sont situées au-dessous et même en dehors de l'aile du nez. Dans ce cas, la lèvre supérieure n'existe pour ainsi dire pas, n'étant constituée de chaque côté que par la partie qui de l'aile du nez va à la commissure, cette partie étant en outre considérablement atrophiée. Dans tous les cas, les divisions labiales circonscrivent le tubercule médian, c'est-à-dire une masse charnue qui correspond à la sous-cloison. Cette masse charnue varie par sa forme, sa direction, mais surtout par son point d'insertion. Elle s'insère, tantôt à la partie la plus reculée de la sous-cloison, tantôt sur un point plus ou moins rapproché du lobule du nez, quelquefois même à l'extrémité de ce dernier. Pour peu que la division labiale soit ancienne, le bord alvéolaire augmente par une véri-

table hypertrophie et vient faire saillie entre les bords de la solution de continuité.

Nous avons indiqué précédemment les complications du bec-de-lièvre, nous n'y reviendrons pas. Disons seulement que quand il existe en même temps que la division labiale une division du rebord alvéolaire et de la voûte palatine, l'enfant ne peut têter, la succion étant impossible, parce que la voûte palatine est considérablement déformée et que l'enfant ne peut appliquer contre elle la face supérieure du mamelon, tandis que l'inférieure est reçu dans l'espèce de gouttière qu'il forme avec sa langue.

Age auquel il convient d'opérer.

Autrefois les chirurgiens n'opéraient qu'après l'âge de quatre ou cinq ans (*Opération retardée de* M. Périat, thèse inaugurale de Paris, 1857). Ils disaient qu'immédiatement après la naissance ou quelque temps après, les chairs sont encore trop molles, trop facilement sécables par les aiguilles ; qu'à quatre ou cinq ans, l'enfant, assez raisonnable pour sentir la nécessité de l'opération et en prévoir le succès, s'y prête mieux et la supporte avec courage.

De nos jours, on ne renvoie à cette époque, et même plus tard, que les opérations qui se font sur la voûte et le voile du palais. Cependant Roux pensait que dans ce dernier cas, on ne devait opérer le bec-de-lièvre qu'après avoir fait la staphyloraphie, l'état de la lèvre donnant une grande liberté au jeu des instruments.

L'opération retardé n'est plus admise aujourd'hui, mais les chirurgiens sont encore partagés en deux camps. Les uns avec Roonhysen, Muys, Dupuytren, MM. Velpeau, Denonvillers, Gosselin, ne veulent opérer qu'après le sixième mois (*Opérations tardives* de M. Périat). Les enfants de cet âge, disent-ils, supportent mieux l'opération, les tissus ont plus de consistance et plus d'épaisseur. Les autres (et c'est le plus grand nombre, se sont rangés à l'avis de Buch, chirurgien de Strasbourg, et de Bonfils père, de Nancy, qui les premiers ont établi que

les enfants à la mamelle et dans les six premières semaines peuvent être opérés avec succès (*Opération hâtive* de M. Périat).

M. Paul Dubois, dans un mémoire lû à l'Académie de médecine (juillet 1845), conclut en faveur de l'opération hâtive. Vidal de Cassis, MM. Nélaton, et Stoltz de Strasbourg, sont du même avis.

M. le professeur Sédillot partage la même opinion (*Traité de médecine opératoire*), et dit : «Immédiatement après la naissance, la «sensibilité est peu développée. En outre, personne n'ignore que les «nouveaux-nés peuvent sans en souffrir beaucoup, être privés de «nourriture. D'ailleurs, rien de plus facile que de leur faire avaler, et «cela sans nuire à la plaie, par le simple abaissement de la mâchoire «inférieure, à l'aide du doigt, quelques cuillerées d'eau sucrée ou «lactée. Enfin la cicatrice est moins visible, quand le sujet a été opéré «dès sa naissance, que lorsque par le développement des parties, la «solution de continuité s'est agrandie.

«Il est une complication qui doit faire hâter l'opération, c'est la bi«fidité de la voûte palatine, sur laquelle la réunion de la solution «de continuité labiale a une influence d'autant plus grande qu'elle «s'effectue plus promptement.»

Les raisons données par le savant professeur de Strasbourg, et l'autorité des noms cités comme partisans de l'opération hâtive, ne sauraient laisser d'incertitude dans la décision du chirurgien.

Nous dirons cependant que lorsque l'enfant affecté de bec-de-lièvre est venu avant terme, ou est d'une faible constitution, on devra différer l'opération. Un état morbide quelconque de l'enfant nouveau-né doit aussi être pour le chirurgien une contre-indication de l'opération immédiate.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

I. Historique.

L'histoire de la restauration des lèvres dans le cas de bec-de-lièvre, remonte à la plus haute antiquité, s'il faut en croire Théophile Bonnet (*Bibliothèque de médecine et de chirurgie*), qui rapporte que Magnus Olaüs, dans son *Historia de Gentibus septentrionalis*, dit : «que ces «nations, sitôt qu'un enfant est né avec une telle difformité, font une «incision aux lèvres, dans laquelle on met un morceau de chair pris «en la poitrine d'un jeune poulet fraîchement tué ; que l'on coud toute «chaude et sanglante.»

Tous les auteurs qui ont écrit sur le bec-de-lièvre et son mode opératoire, font remonter à Celse l'historique de cette difformité et de son traitement ; mais M. Verneuil (*lettre chirurgicale à* M. Malgaigne) affirme qu'il n'est question dans les œuvres de Celse, que des mutilations des lèvres (*curta*) et non de la division congénitale.

Ce que l'on ne saurait contester, c'est qu'Abul-Kassem, le représentant le plus illustre de la chirurgie des Arabes, donne dans son *traité de chirurgie*, des notions précises sur la manière de réparer cette difformité. Il préconise l'avivement, la suture et les emplâtres agglutinatifs.

Franco , dans son traité *de Herniis*, dit qu'il faut aviver avec des ciseaux ou un cautère actuel, et rapprocher les lèvres de la solution de continuité avec un emplâtre ou un bandage approprié.

Ambroise Paré faisait la suture entortillée (*OEuvres* d'A. Paré, annotées par M. Malgaigne).

François de le Boë Sylvius sépare les lèvres des parties sous-jacentes, puis opère comme ses prédesseurs (*Opera medica*, 1697).

Roonhuysen, Muys, Heister veulent qu'on fasse l'opération entre le troisième et le sixième mois.

Louis (*Mémoires de l'Académie de chirurgie*), proscrit la suture avec les aiguilles et les fils.

Garengeot avive les bords de la solution de continuité avec un emplâtre vésicant.

Enfin, au IXe siècle, si fécond en procédés opératoires de toute espèce, nous voyons : Boyer, Buch, de Strasbourg, Bonfils, de Nancy, Dupuytren, Roux, MM. Clémot, de Rochefort, Malgaigne, Mirault, d'Angers, Nélaton, Philipps, donner de nouveaux moyens de remédier à la difformité congénitale qui nous occupe.

A Strasbourg, dans le cours de l'année dernière, M. le professeur Sédillot et M. Boeckel, agrégé de la Faculté, ont enrichi la médecine opératoire de deux nouveaux procédés.

Opération.

MÉTHODE ANCIENNE.

Aviver les bords de continuité, les réunir et maintenir la réunion, telles sont les indications à remplir. Il en est une autre qui selon nous est d'une grande importance, puisqu'elle décide du succès complet de l'opération : c'est d'éviter autant que faire se peut, l'échancrure (coche, encoche) qui se trouve très-souvent à la partie inférieure de la réunion. C'est pour remédier à cette imperfection qu'ont été imaginés la plupart des procédés que nous exposerons, et dont nous aurons à discuter la valeur comparative.

Procédé des anciens.

Il comprend trois temps :

1° Avivement des lambeaux.

a) Par les caustiques :

Franco et Abul-Kasem employaient le fer rouge,

Fabrice d'Aquapendante : l'acide nitro-muriatique,

Thevenin : le beurre d'antimoine.

Hunter : le nitrate d'argent.

b) Par le vésicatoire :

Louis, Chopart.

c) Par l'instrument tranchant :

Les ciseaux furent employés par les plus anciens chirurgiens, Razès, Zacchi, Dionis, Henckel.

Louis et Percy préféraient le bistouri.

Roonhuysen, Ledran, Bell employaient indistinctement l'un et l'autre.

Desault et A. Dubois vinrent ensuite faire prendre aux ciseaux le premier rang qu'ils occupent encore aujourd'hui.

C'est aux ciseaux très-forts, épais et à lames un peu arrondies du célèbre accoucheur de Paris que l'on a recours. Les ciseaux sont beaucoup plus commodes pour le chirurgien, et ne nécessitent pas, comme le bistouri, l'emploi d'une lame en carton ou en métal pour soutenir les lèvres et garantir les parties.

Nous ne saurions cependant proscrire complétement le bistouri. Dans certains cas, surtout dans le bec-de-lièvre double, les angles supérieurs des solutions de continuité s'enfoncent sous les narines correspondantes et l'avivement avec les ciseaux que l'on ne peut faire jouer facilement est plus difficile qu'avec un bistouri à lame étroite, dans cette partie de la solution de continuité.

Après avoir fait choix de l'instrument, il faut diviser l'espèce de bride par laquelle chacune des deux parties de la lèvre tient au rebord alvéolaire. Quelquefois il faut étendre cette sorte de dissection jusque derrière l'aile du nez, surtout quand la division comprend toute l'étendue de la lèvre, et plus encore quand il y a fissure de l'arcade alvéolaire.

Cette dissection, que Roux appelle le premier temps de l'opération, facilitera l'avivement et plus tard la coaptation des parties.

On procède ensuite à l'avivement proprement dit. Saisissant les bords de la solution de continuité (soit aves les doigts, soit avec une

pince érigne, Roux), soit avec une pince à dents de rat (Vidal de Cassis), soit avec une anse de fil (A. Dubois); le chirurgien coupe toute la surface libre revêtue d'une membrane rosée, jusqu'au dessous de l'angle de réunion de la solution de continuité. On en fait autant du côté opposé. Les deux incisions circonscrivent un V renversé que l'on achève d'exciser et l'avivement est terminé.

2° Réunion.

Abul-Kasem exécutait la suture du *pelletier*.

Ambroise Paré employait la suture entortillée; voici comment il la décrit : «Quand les lèvres d'une partie sont écartées, il faut user d'aiguilles carrées ou triangulaires afin qu'elles pénètrent et passent sans «grande douleur; enfilées d'un fil ciré en traversant d'icelles les lèvres «de la plaie et replier le fil jusqu'à cinq ou six fois. En la manière que »les femmes font lorsqu'elles veulent garder leurs aiguilles sur leurs «manches, ou les couturiers sur leur bonnet, et laisser ainsi les aiguilles attachées jusqu'à la consolidation de la plaie. Telle manière «de couture se fait aux lèvres et est aussi nécessaire au bec-de-lièvre, «c'est-à-dire aux lèvres fendues de nativité par défaut de la force formatrice.»

Guillemot et Thévenin employaient aussi la suture entortillée, et favorisaient son action par des incisions sur les joues.

Louis et Pibrac rejettaient la suture entortillée et appliquaient ce qu'ils appelaient la suture sèche; c'est-à-dire, qu'ils faisaient la réunion au moyen de deux triangles agglutinatifs, dont la base était tournée vers les oreilles et du sommet tronqué desquels partaient deux fils qu'on nouait devant le bec-de-lièvre.

Cette suture ne saurait s'opposer assez à l'écartement que tend à produire la construction des fibres de l'orbiculaire des lèvres.

De nos jours, la plupart des chirurgiens pratiquent la suture entortillée. Nous n'en décrirons pas le manuel opératoire; les règles en étant indiquées dans nos traités de médecine opératoire et de pathologie chirurgicale.

Nous nous bornerons à exposer ses avantages, les inconvénients qu'on lui reproche et les modifications qu'on a apportées dans son application.

Nous dirons ensuite quelques mots des espèces de suture qu'on a voulu lui substituer.

La suture entortillée, mieux que toutes les autres, rapproche exactement les tissus, eû égard à l'action du fil, qui, par son entrecroissement, ramène sur la ligne médiane les lèvres de la plaie. Pour la même raison, elle s'oppose mieux que toute autre à l'écartement que tend à produire la contraction musculaire. Les épingles, par la surface arrondie qu'elles présentent, coupent moins que des fils les tissus situés en avant d'elle. Enfin elle est d'une application très-facile.

On a reproché à la suture entortillée, précisément à cause de sa grande force de constriction, d'étrangler les parties, d'y déterminer une trop grande inflammation, de couper quelquefois, enfin de masquer la plaie, et de ne pas permettre de reconnaître s'il y a indication ou non de diminuer ou d'augmenter la constriction.

Ces inconvénients sont réels, mais ils ne sauraient en faire rejeter l'emploi. On peut, du reste, employer cette même suture modifiée.

1° La suture entortillée avec les bandellettes en caoutchou vulcanisé (suture élastique de M. Rigol de Gaillot).

2° La suture avec les épingles à vis et à boules de M. Thierry.

Toutes deux permettent de relâcher à volonté le moyen d'union, et la dernière a en plus l'avantage de laisser la plaie à découvert.

On a encore reproché à la suture entortillée de laisser en arrière des épingles, du côté de la muqueuse, un petit espace triangulaire par l'écartement des deux bords postérieurs de la solution de continuité qui ne se réunissent pas ; les épingles ne traversant ordinairement que les trois quarts antérieurs de la solution de continuité et le fil, par conséquent, n'ayant aucune action sur la partie postérieure.

On remédie à cet inconvénient en pratiquant, comme le fait M. Boeckel, agrégé de la Faculté de Strasbourg, un point de suture entrecoupée sur la surface muqueuse.

MM. Mirault, d'Angers, et Guersant ont préconisé l'emploi de la suture entrecoupée pour éviter les cicatrices d'entrée et de sortie des épingles, cicatrices parfois assez difformes, quand il s'est établi des ulcérations ou que les chairs ont été coupées. MM. Mirault et Guersant ont eû des succès; mais nous pensons avec les auteurs du *Compendium de chirurgie,* que quand l'écartement est considérable et quand on opère de très-jeunes enfants chez lesquels les tissus ont peu de résistance, ce genre de suture ne saurait maintenir en contact les bords de la plaie et en amène promptement la section.

C'est pour éviter ce dernier accident que M. Denonvillers a imaginé la suture entrecoupée avec plaques, qui n'a pas été employée assez souvent pour que nous puissions lui reconnaître une supériorité sur la suture entortillée.

C'est donc à la suture entortillée que dans notre pratique nous aurons recours, en lui associant, dans certains cas, un des moyens de réunion que nous allons étudier dans le paragraphe suivant.

3° Maintenir la réunion.

Nous avons à nous occuper maintenant des moyens employés pour maintenir la réunion.

Roux, dans son ouvrage intitulé : *Quarante années de pratique chirurgicale*, conseille de joindre à la suture un bandage unissant. Avec une simple bande à deux globes, il entoure d'abord la tête, les deux chefs sont ensuite amenés de l'occiput jusque sous le nez et sont croisés devant la lèvre, l'un d'eux étant engagé dans une boutonnière faite à l'autre. Je préfère, dit Roux, ce simple bandage aux bandelettes agglutinatives.

Nous ne citerons que pour mémoire les emplâtres agglutinatifs, les bandelettes et les ressorts avec pelottes (appareil mécanique de Van de Viver). Ces derniers réussissent quelquefois dans les opérations de bec-de-lièvre.

Par le rapprochement des joues, ils relâchent les lèvres et empêchent la section des bords de la plaie par les aiguilles. Mais s'ils ne

sont pas surveillés, ils peuvent se déplacer et l'on ne peut plus compter sur l'action adjuvante qu'on en attendait.

Il était donc à désirer que le chirurgien eût à sa disposition un moyen sûr de favoriser la coaptation des parties, alors que la suture entortillée, à cause du trop grand écartement des lèvres de la plaie, serait insuffisante pour les maintenir en contact.

M. Heurteloup, en 1855, présenta à l'Académie de médecine, un Mémoire sur la suture profonde qui avait déjà été employée par Roux, Diffenbach, MM. Stoltz de Strasbourg, Langenbeck, etc. Ce chirurgien, après avoir énuméré les avantages de ce genre de réunion, propose de traverser les chairs avec une aiguille en argent, sur les extrémités de laquelle on visse des espèces de coquilles en métal de formes variées. Ce petit appareil devait servir dans le cas de déchirure profonde, de périnéoraphie, etc., etc. On aurait pu l'appliquer dans l'opération du bec-de-lièvre en traversant avec une aiguille la base du nez. M. Philipps avait déjà employé ce moyen. Nous verons plus loin qu'il se sert d'une simple épingle.

M. Boeckel, prosecteur et agrégé de la faculté de médecine, dans un Mémoire lu à la société de médecine de Strasbourg, sur les sutures multisériées (décembre, 1859), dit qu'il préfère à l'aiguille d'argent de M. Heurteloup, de simples fils métalliques. Voici comment M. Boeckel pratique la suture profonde qu'il a modifiée, et pour laquelle il a imaginé un petit instrument très-ingénieux : M. Boeckel traverse les parties avec un trocart capillaire et pousse à travers la canule un fil métallique double. Les fils étant en place, il passe à travers les extrémités une mince lame de plomb, légèrement convexe du côté qui s'applique sur les tissus et percée à son centre d'un trou.

D'un côté on tord les fils sur un petit morceau de bois, de l'autre on les serre dans un étau microscopique (pl. fig. 1), formé par un cylindre de maillechort, ayant à peu près un centimètre de hauteur. Il est percé d'une fente dans laquelle on serre les fils au moyen d'une vis de pression. Avec cet instrument on peut reserrer ou relâcher à volonté la suture.

Dans l'application de cette suture, pour les opérations du bec-de-lièvre, il faut avoir soin de replier les lames de plomb presqu'à angle droit et les placer dans l'angle de réunion de la joue et de l'aile du nez. Ainsi placées, elles ne pourront basculer et les fils ne couperont point les tissus.

Au moyen de la suture profonde, on répartit, comme le dit M. Boeckel *(loco cit.)*, la force de traction sur les deux sutures. De plus, la suture profonde, étant loin des bords de la plaie, pourra être serrée beaucoup plus que la superficielle et cela sans inconvénient. D'une part elle favorisera la coaptation des lèvres de la solution de continuité ; de l'autre, elle détendra la suture superficielle, et empêchera que les épingles et les liens ne coupent les tissus.

Soins consécutifs.

1° Avoir soin de voir s'il n'y a pas d'hémorrhagie. Celle-ci peut se faire à l'insu du chirurgien ; l'enfant avalant et même suçant le sang qui est exhalé.

2° Faire en sorte que la lèvre inférieure, relâchée dans certains cas par le rapprochement considérable de la solution de continuité, ne vienne dans les mouvements d'inspiration fermer l'orifice buccal et déterminer ainsi l'asphyxie de l'enfant qui ne peut respirer par le nez.

3° Changer les fils qui, par pression et étranglement, peuvent ulcérer la peau et laisser des cicatrices transversales très-apparentes. M. P. Dubois et avec lui les auteurs du *Compendium de chirurgie*, 1859, veulent qu'on les change dès le lendemain de l'opération. M. Sédillot dit qu'on peut attendre un peu plus longtemps, mais qu'il faut se hâter dès qu'on remarque un commencement d'inflammation au-dessous des sutures.

4° Eviter autant que possible les cris de l'enfant.

5° Enlever les aiguilles dès le troisième jour chez un enfant à la mamelle, et au bout de quatre ou cinq chez un enfant de quatre à cinq ans et au-delà.

6° Si la réunion immédiate primitive échoue, recourir à la réunion secondaire, M. Sédillot l'a fait plusieurs fois avec succès.

Modifications apportées au procédé des anciens.

Nous allons maintenant passer en revue les modifications qui ont été apportées au procédé des anciens, modifications que, selon nous, on a décorées à tort du nom de procédés.

Ainsi A. Dubois, remarquant qu'à la suite de l'opération du bec-de-lièvre il existait très-souvent une échancrure à la partie inférieure de la réunion, eut l'idée de faire décrire à l'aiguille inférieure une courbe à concavité supérieure qui, par sa convexité, ferait saillir la partie inférieure de la solution de continuité réunie. Cette modification, utile dans certains cas, ne peut suffir le plus ordinairement.

M. Warmé (thèse inaugurale, Montpellier 1827) proposa pour l'avivement deux incisions en parenthèse ( ) qui, par le rapprochement des deux bords de la plaie devaient faire saillir la partie inférieure et par là s'opposer à l'échancrure dont nous avons parlé. Cette ingénieuse modification trouvera aussi son application dans certains cas, alors que les deux lèvres de la solution de continuité auront la même hauteur.

M. Husson, en 1836, donna la même modification.

M. Pétrequin, en 1840, imagina une troisième fois cette même modification, l'appliqua, et dit en avoir obtenu de très-bons résultats.

M. Berg, de Varsovie, et en même temps M. Faure, en France, au lieu des incisions courbes, proposèrent des incisions telles, que les lèvres de la solution de continuité rapprochées circonscrivaient un espace losangique ◊. Chaque incision se composerait donc de deux incisions inclinées l'une sur l'autre à angle très-ouvert.

Cette modification oblige à faire au niveau de la partie moyenne de la plaie une perte de substance trop grande, qui l'expose à être tiraillée et la met dans une condition défavorable pour la guérison.

Nous préférons à toutes ces modifications celle de Diffenbach, qui consiste à faire une incision droite sur la lèvre la plus grande et la mieux développée et une courbe à celle qui l'est le moins. Cette courbe, par le rapprochement, se transforme en une droite d'une hauteur égale à la hauteur de la lèvre la mieux développée.

En voici une autre que l'on doit à M. le professeur Sédillot, et dont on comprendra toute l'importance en lisant les quelques lignes que nous empruntons aux notes que nous avons prises aux leçons du savant professeur de Strasbourg, dans son cours de pathologie chirurgicale :

«Rien ne paraît plus illogique et plus contraire à toute saine théorie, «que la perte de substance pratiquée aux lèvres atteintes de fissures «congénitales.

«La restauration de la lèvre est rendue surtout difficile par l'atrophie «de l'organe dont les dimensions ont manifestement diminué et on «ajoute encore à cette disposition fâcheuse, l'ablation d'une épaisseur «assez notable des bords libres de la division anormale, en excisant ce «qu'on appelle un lambeau d'avivement.

«Je me suis déjà élevé contre cette pratique dans la staphyloraphie, «où j'ai conseillé de substituer à l'incision d'une bandelette des bords «du voile divisé, une simple incision longitudinale de ces mêmes bords. «L'écartement de cette incision représente une surface traumatique ou «sanglante, assez large pour permettre avec chance de succès la réu«nion immédiate des plaies, et si ces dernières paraissaient trop étroites, «il serait aisé de les élargir en rendant l'incision un peu plus profonde «et en renversant légèrement en avant et en arrière les lèvres de la «solution de continuité. Cette idée nous paraît d'une application plus «heureuse encore à la cure du bec-de-lièvre. Les bords de la fente «labiale sont formés par la peau revêtue d'un bourrelet muqueux, on «excise ce bourrelet en empiétant un peu sur le tégument externe «dans l'avivement ordinaire, et il en résulte une surface cruentée dont «les deux téguments, peau et muqueuse, tendent sans cesse à s'écar-

«ter : on les affronte et on les tient réunis avec la portion de lèvre «opposée au moyen de sutures; mais la cicatrice reste soumise à une «certaine traction qui l'allonge en l'amincissant, et la lèvre perd ainsi «de son épaisseur et devient plus ou moins irrégulière et difforme.»

Méthode nouvelle.

BEC-DE-LIÈVRE UNILATÉRAL.

Nous arrivons aux véritables procédés opératoires donnés par les chirurgiens de notre époque pour remédier à ce que nous avons appelé l'échancrure ou l'encoche.

M. Clémot de Rochefort, a eu le premier l'idée de modifier le manuel opératoire ; et si nous voyons dans les divers auteurs le procédé qu'il a donné tantôt sous le nom de procédé de M. Clémot, tantôt sous celui de procédé de M. Malgaigne, c'est que ce dernier, ignorant sans doute ce qu'avait fait M. Clémot, a créé de nouveau ce qui avait été imaginé avant lui. (Roux, *Quarante années de pratique chirurgicale.*)

Pour éviter toute confusion, et imitant en cela les auteurs du *Compendium*, nous décrirons le procédé sous le nom de procédé de MM. Clémot et Malgaigne.

Procédé de MM. Clémot *et* Malgaigne. — Le chirurgien, tout étant disposé comme pour le procédé ordinaire, procède à l'avivement de haut en bas, soit avec les ciseaux, soit avec le bistouri, en longeant exactement les bords latéraux du bec-de-lièvre. Puis, arrivé à l'angle arrondi qui les termine en suivant la direction de cet angle, il poursuit l'incision jusqu'à 2 millimètres du bord libre de la lèvre. Il agit de même du côté opposé et obtient ainsi deux petits lambeaux tenant à la lèvre par un petit pédicule. Il les renverse de haut en bas, les affronte par leurs faces sanglantes et les réunit par un point de suture. Le reste de l'opération s'effectue comme dans le procédé ordinaire.

D'abord, dans les deux premiers jours qui suivent, les petits lambeaux dépassent de beaucoup le bord libre de la lèvre, puis on les voit se rétracter et disparaître en partie ; et il est toujours facile d'exciser la portion exubérante si on le juge convenable.

M. Sédillot conseille même d'attendre plusieurs mois avant de se décider à exciser la saillie, le retrait continuant à se faire pendant assez longtemps.

Ce procédé, très-ingénieux sans doute, rend l'opération minutieuse et longue. Souvent les lambeaux s'ulcèrent. Malgré ces inconvénients, c'est encore le procédé qui empêche le plus sûrement l'encoche.

Procédé de M. Mirault *d'Angers.* — Le renversement et l'affrontement exact des deux lambeaux de MM. Clémot et Malgaigne étant très-difficile et, en outre, un vide tendant souvent à s'établir au niveau de leur point de réflexion, M. Mirault, d'Angers, a eu l'idée de ne conserver qu'un seul lambeau, celui du côté où la lèvre est le mieux développée et de l'appliquer horizontalement sur le bord libre préalablement avivé de l'autre lèvre de la fente.

L'expérience a démontré que le procédé ne réussit guère que sur des sujets arrivés déjà à un certain âge. M. Mirault lui-même, dans les cas de succès qu'il cite, dit que ses opérés avaient six, treize et quinze ans.

Modification apportée à ce procédé par M. le professeur Michel. — Dans son cours de médecine opératoire de l'année 1860, M. le professeur Michel a proposé de modifier le procédé de M. Mirault de la manière suivante :

Tailler un lambeau triangulaire d'un seul côté (côté interne de la division), aviver ce lambeau de tous les côtés, excepté du côté de la muqueuse, introduire ce lambeau avivé dans une incision faite à la partie inférieure de la muqueuse de la lèvre externe de la division.

Ce lambeau ainsi interposé, dit M. le professeur de médecine opé-

ratoire, maintient sans cicatrice difforme le bord de la partie externe de la solution de continuité au même niveau que du côté opposé.

Cette opération minutieuse et difficile, doit-elle être préférée au procédé de M. Mirault ? Nous ne saurions le dire, n'ayant aucun fait pour appuyer notre opinion.

Je crois qu'on devrait préférer à cette modification qui semble avoir été créée pour les cas où la lèvre externe est plus courte que l'interne, la modification suivante, que nous a suggérée le procédé que nous décrirons plus loin, et qui appartient à M. le professeur Sédillot.

Aviver les bords de la solution de continuité comme dans le procédé ordinaire ; puis de l'angle supérieur faire partir une incision oblique de bas en haut et de dehors en dedans longeant l'aile du nez correspondante à la division labiale et ayant à peu près un centimètre d'étendue ; faire ensuite glisser la lèvre externe préalablement détachée du maxillaire jusqu'au niveau du bord libre de la lèvre interne, qui a toute sa longueur.

Par ce moyen nous ferions d'un côté ce que M. le professeur Sédillot fait des deux côtés, dans le bec-de-lièvre double ; c'est-à-dire que par glissement nous abaisserions la lèvre et en même temps rapprocherions l'aile du nez.

Procédé de M. Nélaton. — M. Nélaton trouvant qu'il est assez difficile de faire agir les ciseaux de haut en bas pour tailler les lambeaux, préfère se servir, pour l'avivement, d'un bistouri étroit, et au lieu de former deux lambeaux partant du bord inférieur de la lèvre, il prolonge l'incision jusqu'au delà de l'angle de réunion, de sorte que les parties retranchées présentent un Λ ; il les renverse et elles forment au-dessous de la divison labiale la lettre V.

C'est le même procédé que celui de M. Clémot ; mais outre que l'opération est encore plus délicate, ce procédé, du reste, ne peut s'appliquer que dans les cas où le bec-de-lièvre n'occupe qu'une partie de la hauteur de la lèvre.

Il nous reste à indiquer un procédé que nous avons trouvé dans les *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1856. Ce procédé devrait, selon nous, être employé plus souvent. Il appartient à M. le professeur Sédillot, qui, frappé du peu de hauteur de la lèvre chez les individus porteurs de bec-de-lièvre, a trouvé le moyen de rendre à la lèvre atrophiée une hauteur satisfaisante. Nous allons rapporter tout au long le rapport présenté par l'habile chirurgien de Strasbourg, à l'Académie des sciences.

«Il est des procédés souvent cotoyés et presque touchés, dont on «ne comprend la nouveauté, les ressources et l'importance, qu'au «moment où l'on en signale les indications et les résultats. Celui que «nous avons l'honneur de présenter à l'Académie est de ce genre, et «c'est par une de ces révélations pratiques si fréquentes au contact «des indications, que nous l'avons imaginé et appliqué avec le plus «heureux succès.

«On sait, et c'est un désidératum dont nous avons fait l'objet d'une «remarque spéciale dans la deuxième édition de notre *Traité de mé-«decine opératoire*, que la lèvre manque de hauteur chez la plupart «des adultes qui sont porteurs d'un bec-de-lièvre. Les deux moitiés «de la scissure, entraînées en dehors par la contractilité du muscle or-«biculaire, semblent avoir subi un certain dégré d'atrophie, et lors-«qu'on les a réunies, on s'aperçoit que le bord libre de la nouvelle «lèvre est concave, et ne recouvre qu'imparfaitement l'arcade dentaire.

«La disparition de l'encoche labiale par le procédé de M. Clémot, «de Rochefort, ne modifie en rien cette disposition, et l'on regrette de «voir persister une véritable difformité dépendant de la brièveté de la «lèvre dans le sens vertical.

«L'atrophie dont je m'occupe était très-marquée chez une jeune «fille de vingt ans, que j'opérai à la clinique au commencement du «mois dernier.

«L'arcade dentaire était assez élevée, et l'étroitesse des deux moitiés «de la lèvre ne permettait pas d'espérer une restauration parfaite.

«Je pensai que l'on pourrait convertir une partie des bords horizon-«taux de la lèvre en surfaces verticales, destinées à être affrontées, et «qu'on obtiendrait en même temps l'avantage de diminuer la largeur «de l'ouverture buccale et de la rendre plus régulière et plus gracieuse.

«Rien de plus facile à remplir que l'indication dont je parle : il «suffit d'aviver la lèvre par deux sections obliques, dont la première «dirigée de haut en bas et de dedans en dehors, s'arrête à 1 centi-«mètre environ de distance du bord libre, tandis que la deuxième, «commencée à ce dernier point, est prolongée plus ou moins loin en «dehors, selon que l'on veut donner à la nouvelle lèvre une plus ou «moins grande hauteur. On détache largement la lèvre de l'arcade «dentaire pour augmenter la laxité des tissus, et en ramenant à une «direction verticale les surfaces obliquement avivées et les affrontant «par la suture entortillée, avec ou sans la modification proposée par «M. Clémot, on reforme une lèvre épaisse, d'une hauteur convenable, «dont la réunion immédiate s'accomplit aussi bien qu'à la suite des «opérations ordinaires.

«Ceux qui conserveraient quelques doutes sur la précision et l'éten-«due des ressources de ce procédé dont je viens d'exposer les princi-«paux traits, pourront, comme nous l'avons fait, en demander la dé-«monstration à une simple manœuvre d'amphithéâtre.

«Pour lever les dernières objections d'un de nos collègues, nous le «conduisîmes avec nos internes et quelques autres élèves aux salles «d'anatomie. Nous mesurâmes la hauteur de la lèvre d'un des sujets «livré aux dissections. Cette lèvre avait 16 millimètres de son bord «libre ou labial à la racine du nez, et, après opération simulée par «notre nouveau procédé, cette même lèvre présentait 25 millimètres, «et avait ainsi gagné 9 millimètres, ou un peu plus de moitié de la «hauteur primitive.

«Nous avons revu notre malade à la fin de mars, et la bouche était «restée petite, régulière et gracieuse.»

BEC-DE-LIÈVRE DOUBLE.

Si le lobule placé au haut de la fente est long et assez extensible pour être ramené au niveau du bord libre des lèvres, on en rafraîchit les bords en lui donnant une forme triangulaire et on le traverse avec les aiguilles pour le réunir aux deux lèvres de la solution de continuité. On obtient ainsi une cicatrice qui a la forme d'un V dont la pointe est au bord libre de la lèvre. Mais cette longueur du tubercule existe rarement, et M. Sédillot affirme n'avoir jamais vu un seul cas de bec-de-lièvre de cette espèce.

Le plus ordinairement ce lobule médian n'a qu'une certaine hauteur, on ne peut donc s'en servir que pour combler l'espace triangulaire résultant du rapprochement des deux lèvres de la solution de continuité, qui ne sauraient être affrontées supérieurement à cause de l'épaisseur du nez qu'il faudrait supprimer. Ainsi intercalé, ce lambeau est réuni aux deux moitiées supérieures de la lèvre, et la cicatrice qui succède à la plaie présente la forme d'un Y.

Louis, Sabatier et Bell voulaient qu'on opérât le bec-de-lièvre double en deux temps. Bichat et Desault montrèrent que la crainte qu'avait Louis de voir les points de suture déchirer le lobule était exagérée, et pratiquèrent l'opération en un seul temps. C'est là la règle suivie aujourd'hui.

Pour obtenir la saillie médiane de la lèvre et éviter l'encoche, on se sert du procédé de MM. Clémot et Malgaigne.

M. Philipps ayant remarqué que dans certains cas de bec-de lièvre double, les ailes du nez sont fortement écartées et aplaties par la largeur et l'irrégularité de la division congénitale, il est assez dificile de maintenir la réunion et de reconstituer la régularité de la forme du nez, a proposé le procédé suivant (*Gazette des Hôpitaux*, 1847).

Procédé de M. Philipps. — Après avoir avivé par le procédé de M. Clémot, on détache hardiment la divison labiale et les ailes du nez, du

maxillaire supérieur. On obtient ainsi un grand relâchement qui facilite la réunion. Puis une grosse épingle piquée au travers d'une plaque quadrilatère de carton, traverse horizontalement la base des ailes du nez et une deuxième plaque de carton semblable à la première. L'extrêmité pointue de l'épingle est ensuite renversée sur le carton, dans une entendue plus ou moins considérable pour rapprocher autant qu'on le veut les ailes du nez. C'est là la suture profonde dont nous avons parlé. M. Philipps est le premier qui l'ait appliquée au bec-de-lièvre. Nous préférons à la simple épingle les fils et l'étau de M. Boeckel, qui permettent, comme nous l'avons dit, de resserrer et de relâcher à volonté les tissus.

Procédé de M. le professeur agrégé Boeckel. — Quand le lobule médian est très-volumineux et qu'on ne saurait sans inconvénient lui faire perdre une grande partie de son volume pour le rendre triangulaire, M. Boeckel a employé et décrit un procédé qu'on trouvera tout au long dans l'observation que nous allons citer et que M. Boeckel lui-même a bien voulu nous communiquer.

Observation. — Théodore P. est né le 13 janvier 1860 avec un bec-de-lièvre double. Ses parents sont sains; c'est leur premier enfant, il n'y a aucun cas de bec-de-lièvre dans la famille. L'enfant est bien développé, il ne peut pas prendre le sein, on l'éleve au biberon avec le lait de vache, nourriture qu'il supporte bien. Je le vois quelques jours après la naissance et je constate les anomalies suivantes :

La double fente de la lèvre supérieure remonte plus à gauche qu'à droite; elle s'étend jusqu'à l'entrée de la narine sans y pénétrer. Le lobule médian est large et court, la sous-cloison bien fermée, le nez fortement épaté. Les deux bords de la lèvre sont bien fournis et d'un développement égal; l'arcade dentaire régulièrement conformée, l'os incisif est en place, la voûte palatine normale, à l'exception d'une encoche à son extrémité postérieure qui se continue avec une scissure du voile du palais.

Quinze jours après la naissance, le 28 janvier 1860, j'opère l'enfant avec l'aide du docteur Stamm. M. Elser administre le chloroforme ; l'anesthésie est complète, je procède à l'avivement de la façon suivante :

Un petit bistouri droit enfoncé par ponction détache une languette assez large sur tout le partour de la solution de continuité. Je donne en passant au tubercule médian une forme quadrilatère. La lèvre et les ailes du nez sont ensuite largement détachées du maxillaire supérieur pour favoriser le glissement. L'écoulement du sang s'arrête par la compression digitale soutenue pendant quelques instants. Avant de reformer la lèvre, je place une suture profonde au niveau des narines. A cet effet j'embroche la base du nez avec un trocart explorateur très-fin, qui me sert à passer un double fil de fer passif, tel qu'on l'emploie en Angleterre. Les fils traversent de chaque côté une rondelle de plomb courbée à angle droit pour s'adapter à la narine. D'un côté ils sont arrêtés par une cheville et de l'autre par l'étau.

Je cherche alors à refaire la partie médiane de la lèvre. A cet effet je pratique dans les deux moitiés de la lèvre une petite incision *a b* (pl., fig. 2.) qui commence un peu au-dessus du bord libre du lobule médian et dont la queue se rapproche du bord libre des lèvres, et cela dans le but de donner une plus grande hauteur à la partie médiane.

En tirant sur les parties, cette incision s'allonge, la ligne *a b c* devient presque droite et j'ébarbe l'angle saillant *a*. Cette ligne est destinée à être réunie au bord *a' b'* du lobule. La partie *c b* se placera sous le lobule et la ligne *c d* viendra joindre sur la ligne médiane la lèvre opposée.

Il ne s'agit plus maintenant que de placer les sutures. Une épingle réunit les deux moitiés de la lèvre au-dessous du lobule. Quatre points de suture entrecoupée, appliqués avec une aiguille très-fine, maintiennent les autres parties. Un dernier point de suture entrecoupée est placé sur la face muqueuse de la lèvre reconstituée pour empêcher la langue d'écarter les parties postérieures de la ligne de réunion. De cette façon la lèvre supérieure est parfaitement reformée en utilisant

toutes les parties existantes. Si l'on avait fait la réunion en V qu'on applique dans des cas analogues, il aurait fallu enlever en pure perte près de la moitié du lobule médian pour le rendre triangulaire. Le lobule maintenant sert de support aux deux petits lambeaux et les empêche de remonter; grâce à l'obliquité de l'incision, la partie médiane a une hauteur convenable ; la suture profonde ramasse le nez et relâche complètement les parties. Si ce résultat n'avait été obtenu par cette seule suture, j'en aurais placé une seconde au bord libre de la lèvre.

Dans la journée, l'enfant boit au biberon comme à l'ordinaire; il crie et rend une selle sanglante. On n'a pas appliqué d'autre pansement.

Le 29 janvier, 24 heures après l'opération, j'enlève toutes les sutures entrecoupées, et le 30, après 48 heures, je retire l'épingle. Il ne reste que la suture profonde à la base des narines. Le fil placé sur la muqueuse a été arraché par la pression de la langue, il avait été trop superficiellement placé : aussi la face muqueuse n'est pas aussi bien réunie que la face cutanée. L'enfant est tranquille, dort beaucoup et boit au biberon comme à l'ordinaire.

31 janvier. Je desserre d'un centimètre la suture profonde.

1er février. Enlèvement définitif de cette suture qui n'a pas coupé du tout. L'épatement du nez a complétement disparu ; la lèvre forme une courbe régulière sans encoche cutanée ; mais il existe une petite encoche sur la face muqueuse, visible seulement dans certains mouvements et qui est le résultat de la mauvaise application du point de suture à la muqueuse.

Les jours suivants on se contente d'enlever les croûtes qui se forment sur les cicatrices. Celles-ci se fortifient et se régularisent de plus en plus.

Dans les premiers mois qui ont suivi l'opération, les deux lambeaux se sont comme étirés et ont perdu de leur hauteur. Aujourd'hui, après un an, la lèvre a gagné en épaisseur et en force et a une conforma-

tion parfaitement normale qui ne laisse guère deviner l'anomalie dont elle a été le siége.

Ce procédé, comme nous l'a dit parfaitement M. Boeckel, n'est pas applicable dans tous les cas ; mais on ne saurait contester son utilité alors que le lobule médian est très-volumineux et qu'on ne pourrait sans inconvénient lui faire perdre une grande partie de sa substance pour lui donner une forme triangulaire.

BEC-DE-LIÈVRE COMPLIQUÉ.

Il est bien entendu, comme nous l'avons dit dans notre introduction, que nous ne nous occuperons point dans ce paragraphe des procédés employés pour remédier aux complications (saillie des os intermaxillaires, bifidité de la voûte palatine etc.). Nous n'entendons parler que des moyens employés pour réparer la difformité congénitale de la lèvre, réparation rendue plus difficile par les complications.

En effet, dans le bec-de-lièvre compliqué de saillie des intermaxillaires, le tubercule médian fait saillie en avant, la voûte palatine est le plus souvent divisée et les lèvres de la solution de continuité correspondent souvent à l'aile du nez, avec laquelle elles semblent se continuer, quelquefois même elles sont placées en dehors. Il en résulte, comme nous l'avons dit, que la lèvre supérieure n'est pour ainsi dire qu'à l'état de vestige, et par conséquent très-difficile à reconstituer.

De plus (comme nous l'a fait remarquer souvent dans ses leçons et ses cliniques, M. le professeur Sédillot), si l'on se sert des procédés ordinaires, sous l'influence des sutures, les points de rapport supérieurs des deux moitiés de la lèvre avec le tubercule cutané médian, dont on a essayé de se servir pour refaire la lèvre et la sous-cloison nasale, s'enflamment et suppurent vite, parce que le tiraillement et l'étranglement y sont plus considérables que partout ailleurs, et qu'il y a habituellement passage incessant de l'air pendant les mouvements respiratoires, les parties n'ayant pu, à cause du grand écartement, être mises dans un contact immédiat. Un peu plus tard, l'inflammation

s'étend à la portion inférieure de la réunion labiale qui se ramollit et se déchire, du quatrième au huitième jour, quand même on a recours aux sutures supplémentaires et aux bandages compressifs des joues, dont le but est d'immobiliser la lèvre supérieure et de la repousser en avant.

C'était donc avec le plus grand tort que Dupuytren, après avoir réséqué l'intermaxillaire, employait tout le lobule médian à reformer la cloison sous-nasale : car pour ramener au contact les bords externes de la lèvre fissurée, il lui fallait pour les réunir supérieurement, supprimer toute l'épaisseur du nez, ce qui est impossible, la portion fibro-osseuse de la cloison y faisant obstacle par son épaisseur. La réunion ne pouvait être immédiate à la partie supérieure à cause de l'écartement inévitable des bords de la plaie, et les succès qu'il dit avoir eus par ce procédé (*Leçons orales*, t. III) n'ont pu être dus qu'à une suppuration donnant lieu à une cicatrice de toutes pièces, c'est-à-dire à une réunion secondaire difficile à obtenir à cause du passage incessant de l'air après l'ablation du tubercule.

M. le professeur Sédillot, frappé de ces inconvénients et de la difficulté de réparer la lèvre avec le peu de substance que le chirurgien a à sa disposition, a imaginé le premier d'appliquer à l'opération du bec-de-lièvre compliqué l'autoplastie par glissement.

Avant lui, en détachant du maxillaire supérieur les lèvres de la solution de continuité, on faisait jusqu'à un certain point de l'autoplastie, mais nul n'avait songé à reconstituer la lèvre au moyen des tissus circonvoisins.

Dans un cas de bec-de-lièvre compliqué de saillie de l'os intermaxillaire et de bifidité de la voûte palatine, M. le professeur Sédillot a imaginé et appliqué le procédé suivant, pour reconstituer la lèvre supérieure dont il n'existait que des vestiges. Les angles supérieurs de la solution de continuité ne correspondaient pas à l'ouverture des narines, mais étaient situés en dehors des ailes du nez et circonscrivaient un lobule médian d'un volume peu considérable.

Procédé de M. le professeur Sédillot. — Après avoir remis en place l'os incisif par le procédé Blandin, avivé les bords de la solution de continuité et le lobule médian, M. Sédillot fit de chaque côté du nez une incision d'un centimètre environ : Ces incisions partant des deux angles supérieurs de la solution de continuité étaient obliques de bas en haut et de dehors en dedans, et semblaient se prolonger avec le V formé par le tubercule avivé. Il obtint ainsi, ayant préalablement détaché les parties du maxillaire supérieur, un lambeau énorme *a b c* (pl., fig. 3) ; en tirant ce lambeau, l'angle *b* disparut, et la ligne courbe *a b c* devint à peu près droite ; par simple glissement, les deux lèvres des deux lambeaux, ainsi obtenus, vinrent se réunir avec le tubercule à leur partie supérieure et entre elles sur la ligne médiane à leur partie inférieure, c'est-à-dire que le point *b* vint en *b'*, et le point *c* en *c'*. M. Sédillot obtint ainsi sur la ligne médiane une hauteur de tissu considérable, c'est-à-dire toute la partie *a c;* il réunit au moyen de quelques points de suture, tant sur la ligne médiane que sur les côtés du tubercule et au-delà, et après la réunion obtint une cicatrice ayant la forme d'un Y, dont les deux branches étaient prolongées. Par ce procédé la lèvre fut parfaitement reconstituée, eut une hauteur satisfaisante, et présenta à la partie moyenne, au lieu de l'encoche qui existe le plus souvent après les diverses opérations, une petite saillie représentant la saillie médiane d'une lèvre normale. Ce résultat est d'autant plus remarquable que l'enfant avait déjà été opéré quelques semaines auparavant par le procédé ordinaire, et que la réunion n'avait pu être obtenue.

M. Sieffermann, interne à l'hôpital civil de Strasbourg, et M. Elser, qui ont assisté à l'opération, nous ont dit que le succès avait été complet. Nous regrettons qu'une observation détaillée n'ait pu être mise à notre disposition.

CONCLUSIONS.

Tels sont les divers procédés employés pour la réparation de la lèvre supérieure dans les cas de difformité congénitale.

Nous pensons que la modification apportée dans l'avivement par M. le professeur Sédillot ; le procédé qu'il a donné pour rétablir a volonté la hauteur de la lèvre plus ou moins atrophiée ; celui de MM. Clémot et Malgaigne pour remédier à l'encoche, suffiront au praticien dans les divers cas de bec-de-lièvre unilatéral qu'il aura a opérer.

S'il s'agit d'un bec-de-lièvre double, le chirurgien s'opposera a l'écartement des narines par le procédé de M. Philipps. Si le tubercule médian est volumineux, il s'en servira avec avantage pour reconstituer la lèvre et lui donner sa hauteur normale en suivant le procédé de M. le professeur agrégé Boeckel.

Quand par suite de complications, la lèvre supérieure sera considérablement atrophiée, le procédé autoplastique de M. le professeur Sédillot, qui permet de donner à la lèvre une hauteur satisfaisante, est selon nous le seul qui puisse réparer avantageusement la difformité congénitale de la lèvre.

Enfin, la suture profonde modifiée par M. Boeckel sera utilement employée et assurera la réunion quand les bords de la solution de continuité seront difficilement mis en contact.

Vu par le président de la thèse,
Strasbourg, le 5 janvier 1861.
SÉDILLOT.

Permis d'imprimer,
Strasbourg, le 6 janvier 1861.
Le recteur, DELCASSO.

QUESTIONS

POSÉES PAR LA FACULTÉ ET TIRÉES AU SORT, EN VERTU DE L'ARRÊTÉ DU CONSEIL DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE, DU 22 MARS 1842.

1° *Anatomie.* — Quelle différence existe-t-il entre l'os temporal du fœtus à terme et celui de l'adulte.

2° *Anatomie pathologique.* — Du cancer du rectum.

3° *Physiologie.* — Influence de la respiration sur les diverses fonctions.

4° *Physique médicale.* — Théorie et usage des loupes.

5° *Médecine légale.* — Faire connaître les signes incertains de la mort.

6° *Accouchements.* — Qu'entend-on par élever un enfant nouveau-né à l'eau.

7° *Histoire naturelle médicale.* — Des terrains fossilifères.

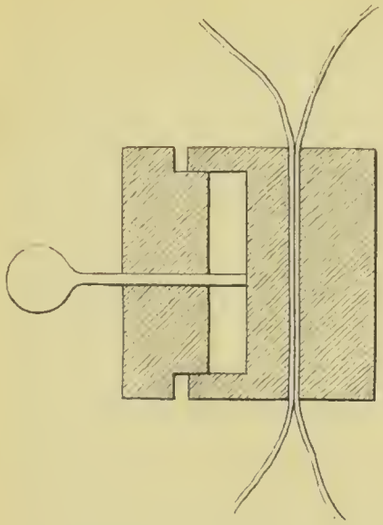
8° *Chimie médicale et toxicologie.* — Des aliments.

9° *Pathologie et clinique externes.* — De l'étiologie de l'empyème.

10° *Pathologie et clinique internes.* — Du traitement du délirium tremens.

11° *Médecine opératoire.* — Des amputations en général.

12° *Matière médicale et pharmacie.* — Indiquer l'emploi médical des acétates.



Coupe longitudinale

Fig. 1

Coupe horizontale.

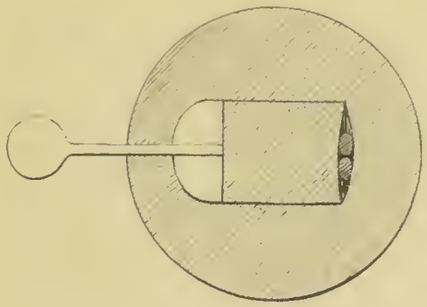


Fig. 2

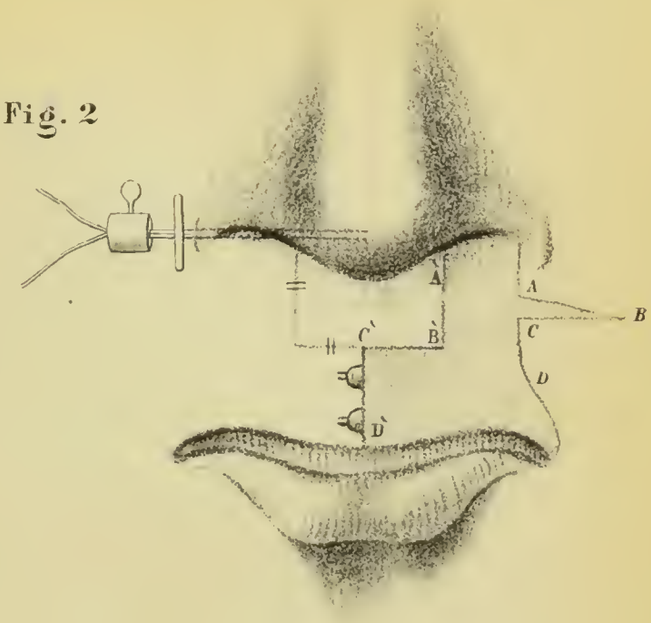
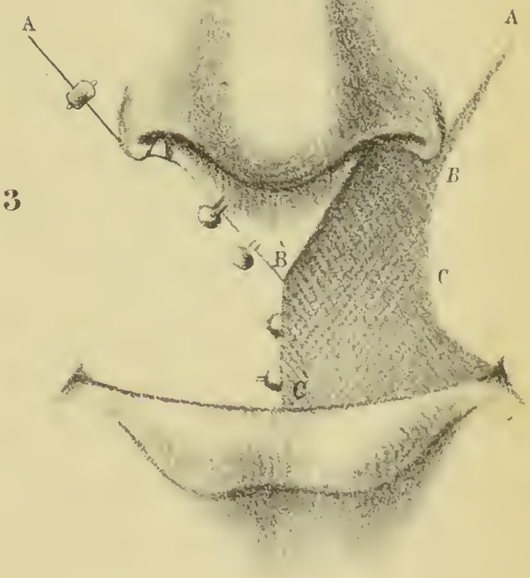


Fig. 3



Lith. E. Lemaître à Strasbourg.